Medirede

VERTROUWELIJK

RAPPORTAGE

DOSSIERONDERZOEK
RUWAARD VAN PUTTEN ZIEKENHUIS

OKTOBER 2012

INHOUD

VERTROUWELIJK

		Blz.
1.	INLEIDING	3
2.	ONDERZOEK	3
3.	RESULTATEN	6
4.	BESPREKING	13
5.	AANBEVELINGEN	17
	BIJLAGEN	20

1. Onderzoekers
2. Definities
3. Lijst van triggers
4. Indeling gebeurtenissen onbedoelde schade
5. Indeling van factoren bijdragend aan adverse events
6. Voorbeeld brief aan behandelaars

1. INLEIDING

VERTROUWELIJK

In deze rapportage wordt het dossieronderzoek beschreven dat op verzoek van het Ruwaard van Putten ziekenhuis door Medirede is uitgevoerd.
Medirede is een dienstverlenende organisatie van medische professionals, die zich richt op innovatie en kwaliteitsverbetering in de zorg. Zij is vooral gespecialiseerd in de preventie van medische schade o.a. door gebruik te maken van web based onderzoek van patiëntendossiers.
Na de publicatie in 2007 van het EMGO/Nivel rapport "Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004" nam de vraag naar verantwoording en openheid over het onderwerp medische schade toe. Dat leidde tot diverse activiteiten om onbedoelde, doch vermijdbare schade in ziekenhuizen terug te dringen, o.a. door gebruik te maken van dossieronderzoek.
In 2011 heeft Medirede een opleiding in dossieronderzoek verzorgd voor medisch specialisten en verpleegkundigen van het Ruwaard van Putten ziekenhuis met de bedoeling dat dit zou leiden tot de opzet van eigen structureel dossieronderzoek. Vooruitlopend hierop is aan Medirede gevraagd een geselecteerde groep dossiers van overleden patiënten te onderzoeken. Het onderzoek bij overleden patiënten maakt het namelijk mogelijk met bestudering van een relatief klein aantal patiënten een goede indruk te krijgen over meerdere en complexe aspecten van de kwaliteit van de geleverde zorg met het uiteindelijk doel deze verder te verbeteren.
In onderliggende rapportage treft u ondermeer de beschrijving aan van dit onderzoek, de resultaten, de bespreking ervan en de aanbevelingen.

2. ONDERZOEK

Doelstelling
Het doel van dit onderzoek is medische schade of tekortkomingen in de zorg op te sporen en op basis daarvan structurele verbeteringen door te kunnen voeren om vergelijkbare problematiek in de toekomst te voorkomen.

Vraagstelling
Het Ruwaard van Putten ziekenhuis heeft Medirede verzocht om de dossiers van 54 specifiek geselecteerde overleden patiënten systematisch te evalueren en nader te onderzoeken op onbedoelde potentieel vermijdbare medische schade.

Onderzoekspopulatie
De te onderzoeken dossiers betreffen de patiënten die in het jaar 2010 in het Ruwaard van Putten ziekenhuis zijn overleden en vallen onder de CCS (Clinical Classification System) diagnosegroep acuut myocardinfarct (code 100) en hartfalen (code 108).

Onderzoekers
Het onderzoek is onder verantwoordelijkheid van de directie van Medirede uitgevoerd door artsen en verpleegkundigen die ervaring hebben met het doen van dossieronderzoek en expertise bezitten op het betreffende vakgebied.
In bijlage 1. treft u hiervan een overzicht aan.

VERTROUWELIJK

Methodiek

Voor het dossieronderzoek hanteerde Medirede de zogenaamde Maastrichtse methode. Dat is een variant van de EMGO/NIVEL methodiek die oorspronkelijk bedoeld is om wetenschappelijk onderzoek te faciliteren en data te genereren om mede op basis daarvan een betrouwbare indruk te krijgen van onbedoelde schade op populatieniveau in de Nederlandse ziekenhuizen.

De Maastrichtse methode wijkt daar op een aantal punten van af:

- Wanneer er sprake is van mogelijk vermijdbare schade vindt er terugkoppeling plaats naar de behandelaar(s) voordat een definitieve beoordeling over een dossier wordt gegeven. De mening van de behandelaar wordt dus meegewogen in het oordeel.
- Daarnaast wordt er een tweede beoordelaar (dubbelcheck) ingezet. Deze overlegt met de eerste beoordelaar om gezamenlijk tot een goed afgewogen oordeel te komen.
- De Maastrichtse methode is verder praktisch van opzet en daardoor met name zeer geschikt voor het individuele ziekenhuis dat aan dossieronderzoek wil doen en is gericht op preventie, kwaliteitsverhoging, het leren van fouten en cultuurverandering.

De te onderzoeken dossiers worden eerst door verpleegkundigen met behulp van een triggerlijst gescreend op aanwijzingen voor onbedoelde schade (fase1).
De dossiers met dergelijke aanwijzingen worden vervolgens beoordeeld door de medisch specialisten van Medirede (fase2) via de volgende stappen:

1. De voorlopige beoordeling door de eerste beoordelaar.
2. Overleg tussen eerste beoordelaar en een tweede beoordelaar bij casuïstiek waarbij door de eerste beoordelaar onbedoelde schade is geconstateerd met mogelijke vermijdbaarheid.
3. Het formuleren van gezamenlijke vragen door deze twee beoordelaars aan de behandelaar(s), die schriftelijk gesteld en beantwoord worden.
4. Het definitieve oordeel van de beoordelaars na beantwoording van deze vragen.

De methodiek leidt tot een praktisch bruikbare dataset en rapportage over aangetroffen onbedoelde schade, de vermijdbaarheid daarvan en verbetermogelijkheden.
Over de methodiek, die deels werd ontwikkeld in het Academisch Ziekenhuis Maastricht is gepubliceerd in Medisch Contact[1].

---

[1] Soeters P, Pop P, Vreeling F, van Dijk W. Voorkom medische schade. UMC Maastricht pakt risico's van behandeling aan. Medisch Contact. 2011 jan 28; 66 (4): 227-229

VERTROUWELIJK

Werkwijze

1. Inzage in de dossiers

De betreffende klinische dossiers werden in opdracht van het RvP ziekenhuis gedigitaliseerd door het bedrijf I-FourC. Via een beveiligde datalijn werd gedurende de duur van het onderzoek door I-FourC aan Medirede inzage verleend in deze dossiers.
De gedigitaliseerde dossiers dienden minimaal alle medische en verpleegkundige gegevens te bevatten van de diagnose waarvoor de patiënt oorspronkelijk is opgenomen, aangevuld met gegevens uit Mirador, waaronder de laboratorium, ECG- en Radiologie-uitslagen, ontslagbrief en een eventueel obductierapport.

2. Screening op triggers (fase I)

Door verpleegkundigen van Medirede werden de basisgegevens per dossier vastgelegd in een database, waarna de dossiers met behulp van een digitale beoordelingstool werden gescreend op de aanwezigheid van zogenaamde triggers. De aanwezigheid van deze triggers vormt een aanwijzing voor het bestaan van mogelijke onbedoelde schade. Dossiers zonder triggers werden niet verder onderzocht omdat bij afwezigheid hiervan de uiteindelijke kans op aanwezigheid van potentieel vermijdbare schade gering is. Dossiers met een of meer aangetroffen triggers werden verder onderzocht.

3. Onderzoek naar potentieel vermijdbare schade (fase 2)

De dossiers, waarin triggers werden aangetroffen, zijn vervolgens door de medisch specialisten van Medirede nader onderzocht op onbedoelde schade volgens het zogenaamde Maastrichtse model. Hierbij vond een dubbelcheck plaats door een tweede beoordelaar. Als er sprake leek te zijn van vermijdbare schade, werden samen met deze beoordelaar vragen aan de behandelaar(s) geformuleerd. Deze vragen werden via tussenkomst van een door het ziekenhuis aangewezen contactpersoon voorgelegd aan de behandelaar(s) en na beantwoording, bij voorkeur binnen twee weken, teruggekoppeld naar beide beoordelaars. Deze stelden vervolgens een definitieve beoordeling met specificaties per dossier vast. De resultaten werden via de beoordelingstool opgenomen in de database.

4. Rapportage.

Na afronding van het onderzoek is deze algemene geanonimiseerde schriftelijke rapportage opgesteld voor de opdrachtgever waarbij een mondelinge toelichting zal worden gegeven. In de rapportage komen ondermeer de frequenties van gevonden vermijdbare adverse events aan de orde, de aard van vermijdbaarheid, de mogelijke relaties met overlijden en de factoren die daaraan hebben bijgedragen.
Vervolgens vindt een bespreking van de resultaten plaats en worden aanbevelingen gedaan.
Separaat zal het resultaat per individuele casus worden teruggekoppeld aan de behandelaar(s).

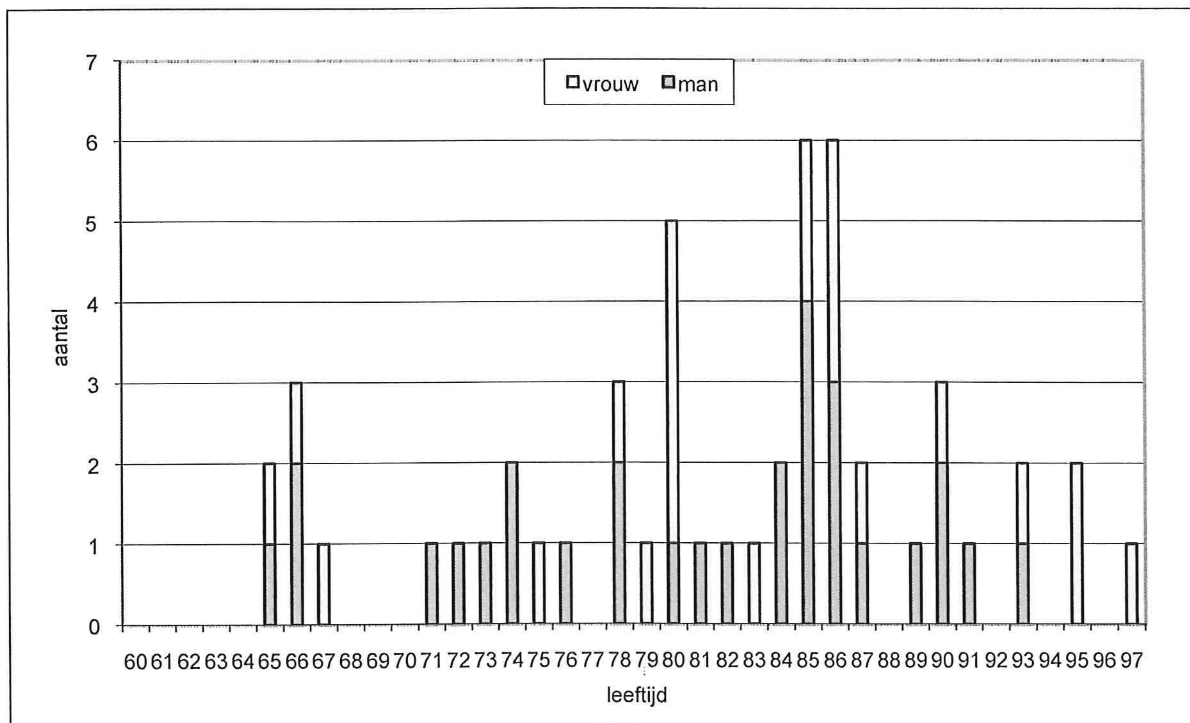
3. RESULTATEN

VERTROUWELIJK

Dossiers
In het jaar 2010 zijn in het Ruwaard van Putten ziekenhuis 21 patiënten overleden die behoorden tot de CCS diagnosegroep acuut myocardinfarct (code 100) en 33 patiënten die behoorden tot de diagnosegroep hartfalen (code 108).
Medirede kreeg echter inzage in de dossiers van 20 patiënten met code 100 en in de dossiers van 31 patiënten met code 108. De dossiers van 3 patiënten waren niet of niet tijdig te vinden in het ziekenhuis. De onderzochte populatie bestond derhalve uit de dossiers van 51 patiënten.
Niet alle dossiers werden in eerste instantie volledig aangeleverd. Soms ontbraken het verpleegkundig gedeelte of andere gegevens. Deze werden later zoveel mogelijk toegevoegd, zodanig dat geen essentiële gegevens meer ontbraken om tot een verantwoorde beoordeling te kunnen komen.
Er bleek verder dat 3 patiënten ieder 2 twee afzonderlijke (deel)dossiers hadden. Deze werden voor het onderzoek door Medirede samengevoegd tot één dossier per patiënt.

Kenmerken
Een aantal kenmerken van de 51 overleden patiënten, waarvan de dossiers werden onderzocht, is in onderstaande grafieken en tabellen weergegeven.
Het betreft de leeftijd, het geslacht, het opname- en ontslagspecialisme en de ligduur.

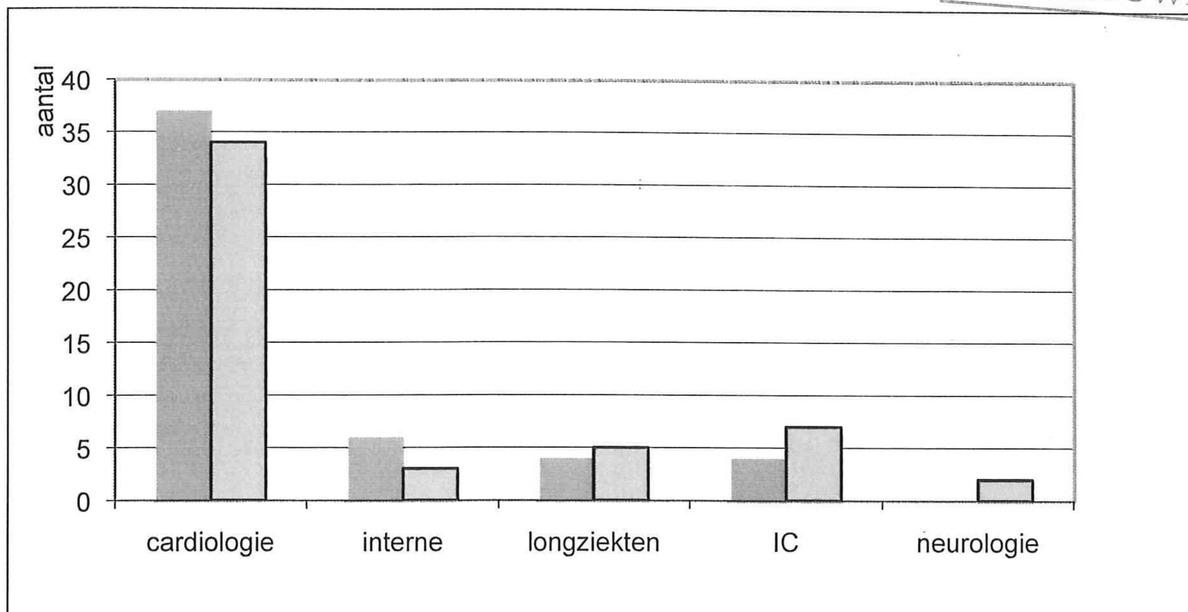
Grafiek 1. Aantal patiënten naar leeftijd en geslacht



Er is hier sprake van een leeftijdsgroep variërend van 65 tot 97 jaar met een mediane leeftijd van 84 jaar.
Het aantal vrouwen bedraagt 22 en het aantal mannen 29.

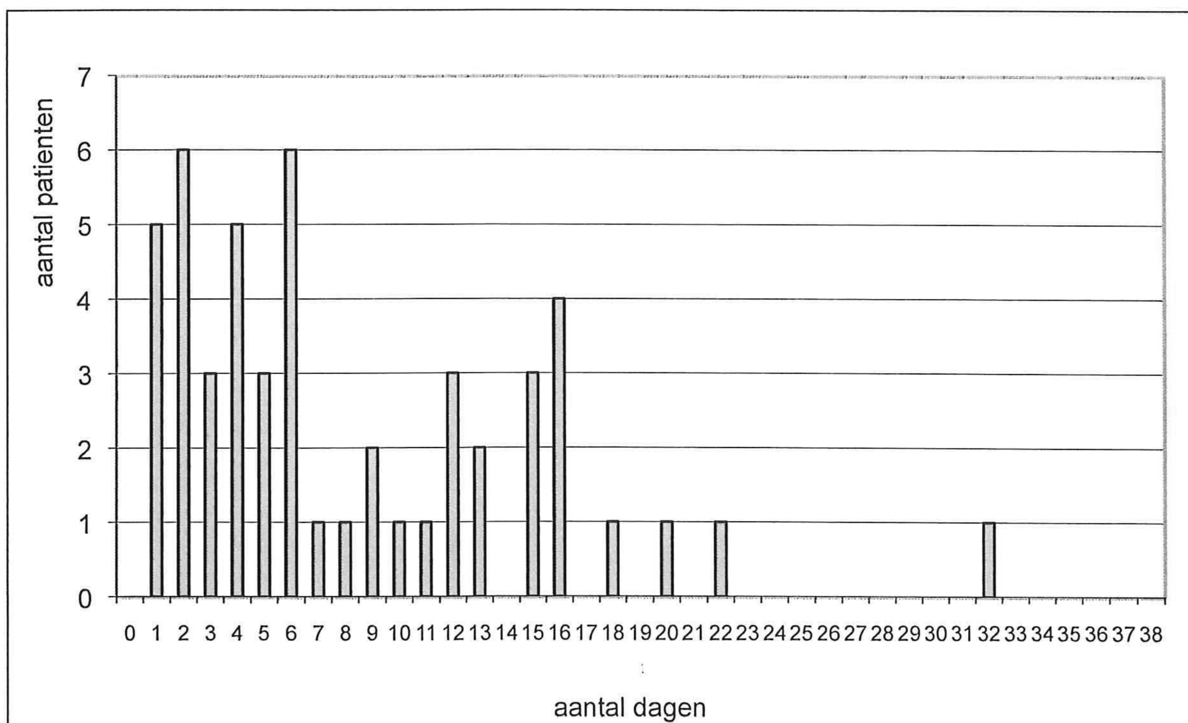
Grafiek 2 . Opname en ontslag per afdeling in aantal patiënten.

VERTROUWELIJK



In bovenstaande grafiek wordt het oorspronkelijke aantal opgenomen patiënten per afdeling (donkerblauw) en het uiteindelijke aantal overleden patiënten per afdeling (lichtblauw) weergegeven. Van de 51 patiënten blijken er gedurende hun opname 10 patiënten te zijn verplaatst naar een andere afdeling.

Grafiek 3. Aantal patiënten per aantal ligdagen



De ligduur van de onderzochte patiëntengroep varieerde van 1 tot 32 dagen.
De gemiddelde ligduur bedroeg 5,3 dagen.

VERTROUWELIJK

Resultaten dossieronderzoek.

Alle 51 patiëntendossiers werden door de verpleegkundigen beoordeeld op de aanwezigheid van triggers. In 12 dossiers (24%) werden geen triggers gevonden. Deze dossiers werden niet verder onderzocht omdat de kans op het aantreffen van een vermijdbaar adverse event daar uiterst gering is.
In 39 dossiers (76%) werden wel triggers gevonden; in totaal 97 triggers. Dat is gemiddeld bijna 2,5 triggers per dossier (zie tabel 1 en bijlage 3).

Tabel 1. Aantal gevonden triggers per soort trigger.

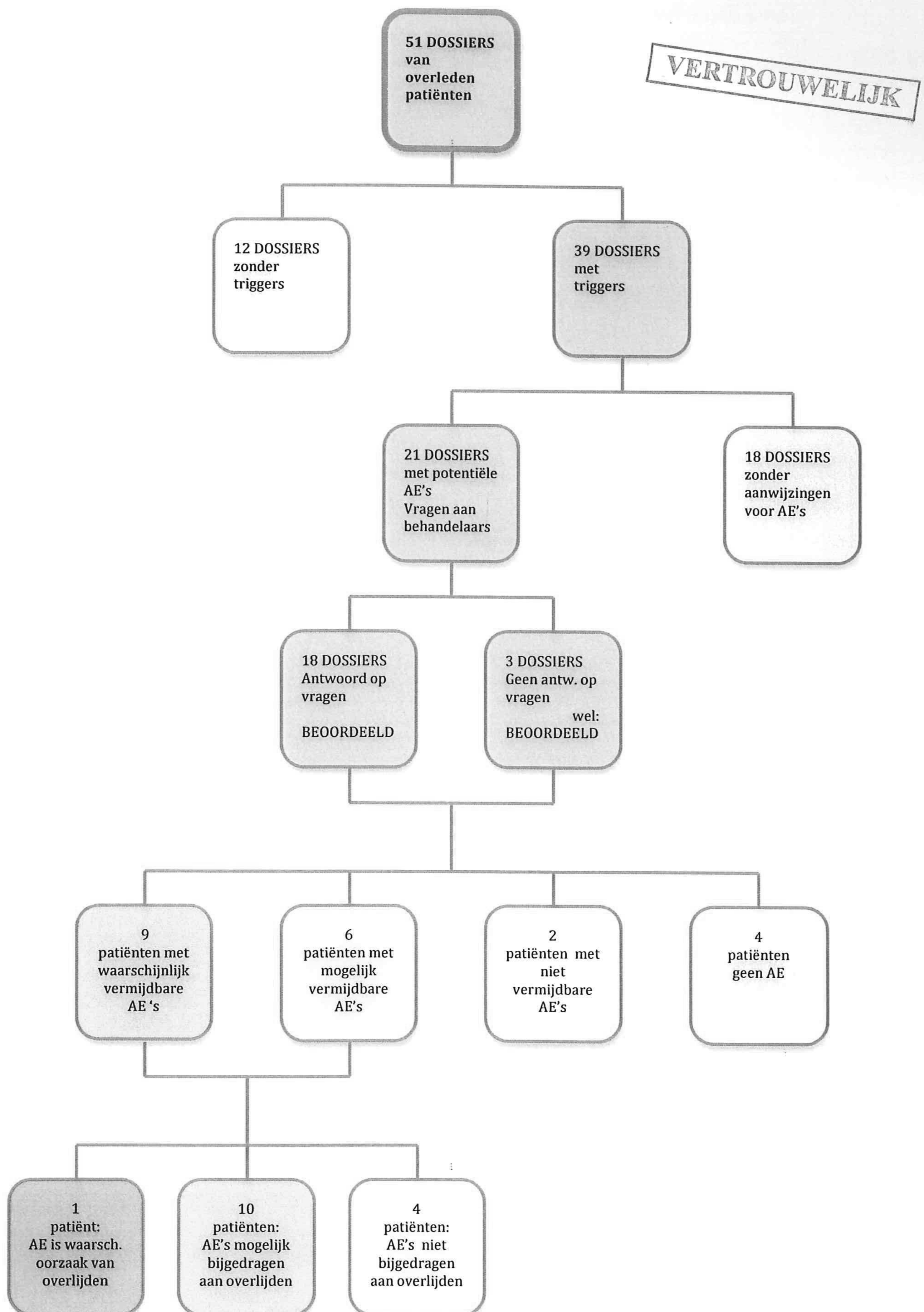
1	Reeds eerder opgenomen, reden gerelateerd aan indexopname	14
2	Blijvende of tijdelijke schade opgelopen tijdens index ziekenhuisverblijf.	1
3	Een schadelijke en onbedoelde reactie op een geneesmiddel.	4
4	Onbedoelde overplaatsing van algemene afdeling naar de intensive care	8
5	Onbedoelde (her-)operatie.	0
6	Onbedoelde verwijdering, beschadiging of herstel van een orgaan of weefsel tijdens een operatie, invasieve handeling of vaginale bevalling.	0
7	Infectie/sepsis tijdens het index ziekenhuisverblijf	15
8	(Andere) complicaties, bijvoorbeeld acuut hartinfarct, TIA, CVA, longembolie enz.	4
9	Neurologische afwijking ontstaan tijdens index opname	1
10	Onverwacht overlijden (geen sprake van opname palliatieve zorg).	23
11	Hart-/ademstilstand (en reanimatie succesvol).	2
12	Schade gerelateerd aan abortus, natuurlijke bevalling of kunstverlossing	0
13	Ontevredenheid over de zorg	3
14	Documentatie of correspondentie duidend op een juridische claim, klachtprocedure of MIP-melding.	1
15	Alle andere ongewenste uitkomsten die hierboven niet worden genoemd.	21

De dossiers met triggers werden verder onderzocht op de aanwezigheid van vermijdbare adverse events (zie figuur 1 stroomdiagram, pagina 9).

Onder een vermijdbaar adverse event (AE) wordt verstaan:
Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Door de medische beoordelaars werden in 18 dossiers geen aanwijzingen voor adverse events aangetroffen. Bij 21 dossiers was sprake van potentiële adverse events .
Alvorens deze dossiers definitief te beoordelen op de aanwezigheid van adverse events werden via de contactpersoon van het ziekenhuis brieven met specifieke vragen en standaard vragen aan de behandelaars verzonden (zie bijlage 6). Op de vragen in 18 brieven werden antwoorden ontvangen die werden meegenomen in de beoordeling. Een aantal keren heeft dat tot bijstelling geleid van het voorlopige oordeel. Twee brieven werden niet beantwoord door de behandelaars.
De vragen van één brief bleken niet tijdig te zijn verzonden door Medirede.
Besloten werd om betreffende 3 dossiers wel te beoordelen omdat er voldoende gegevens aanwezig waren om tot een verantwoord oordeel te komen. Hoewel de beantwoording van de vragen wel geruime tijd in beslag heeft genomen moet opgemerkt worden dat de respons van het ziekenhuis uiteindelijk goed is geweest.

Figuur 1. Stroomdiagram overleden patiënten en Adverse Events (AE's)



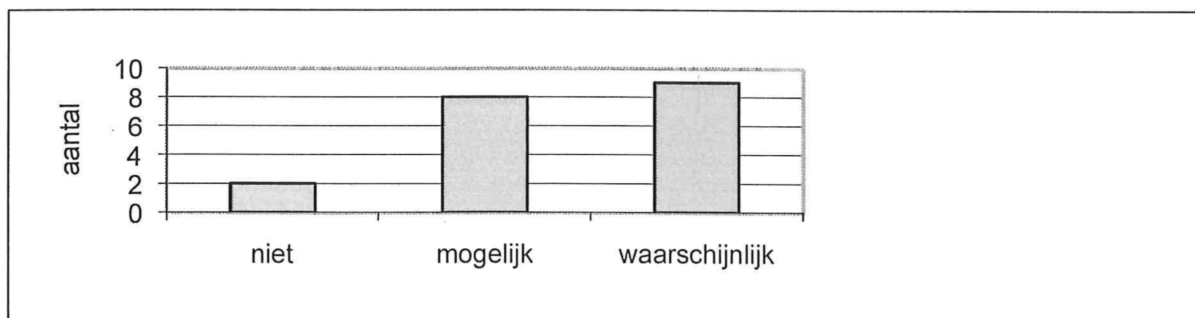
VERTROUWELIJK

Uiteindelijk zijn bij 15 van de 21 patiënten vermijdbare adverse events vastgesteld. Bij 2 van deze 15 patiënten werden per dossier 2 adverse events vastgesteld. Totaal is er sprake van 17 vermijdbare adverse events (8 mogelijk vermijdbaar en 9 waarschijnlijk vermijdbaar). Daarnaast werd in 2 gevallen wel een adverse event vastgesteld, maar er werd geoordeeld dat dit niet vermijdbaar was. In de 4 overige gevallen was geen sprake van een adverse event.

Tabel 2. Vermijdbaarheid van adverse events

Niet vermijdbaar	2
Mogelijk vermijdbaar	8
Waarschijnlijk vermijdbaar	9

Grafiek 4. Vermijdbaarheid van adverse events



Bijdrage aan het overlijden

Bij de groep van 15 patiënten met vermijdbare adverse events was er, naast andere oorzaken, bij 10 patiënten sprake van een mogelijke bijdrage aan het overlijden door het event. Bij één patiënt was het waarschijnlijk dat het overlijden een gevolg was van het event. Bij 4 patiënten werd vastgesteld dat de adverse events niet hebben bijgedragen aan het overlijden.

Tabel 3. patiënten met vermijdbare adverse events in relatie met overlijden

Geen bijdrage aan overlijden bij	4	patiënten
Bijdrage aan overlijden bij	10	patiënten
Waarschijnlijke oorzaak overlijden bij	1	patiënt

Verband tussen overplaatsing en overlijden.

VERTROUWELIJK

Het is gebleken dat er 10 van de 51 opgenomen patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis zijn overgeplaatst naar een andere afdeling. Het valt op dat bij deze 10 overgeplaatste patiënten in 6 gevallen vermijdbare adverse events hebben plaats gevonden die mogelijk of waarschijnlijk hebben bijgedragen aan het overlijden.
Bij de groep van 41 patiënten, die niet is overgeplaatst, zijn in 5 gevallen vermijdbare adverse events vastgesteld die mogelijk hebben bijgedragen aan het overlijden. Er lijkt dus een verband te bestaan tussen overplaatsen en het optreden van een adverse event dat bijdraagt aan het overlijden.

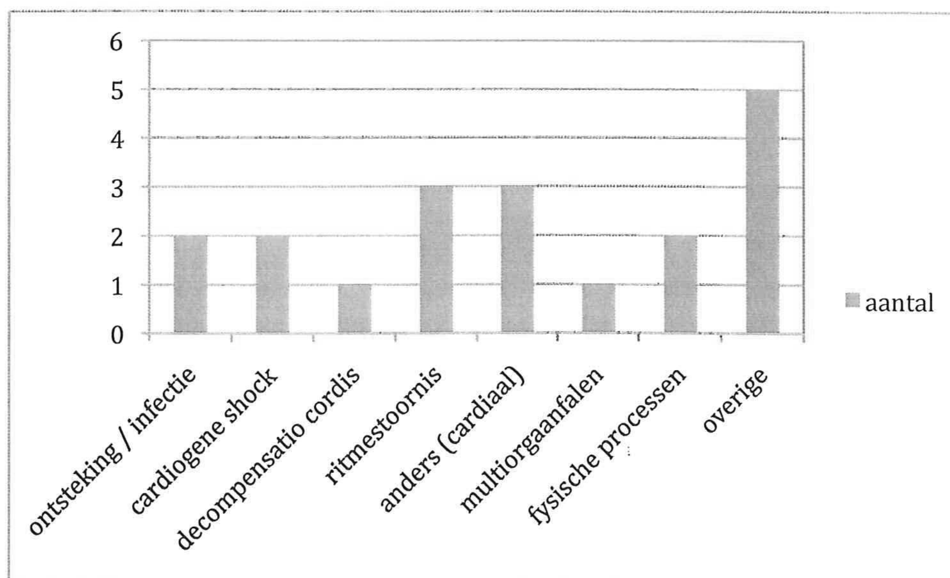
Medische gebeurtenissen en adverse events

Aan iedere adverse event is een medische gebeurtenis verbonden die kenmerkend is voor het event . Deze kenmerken zijn op basis van een vaste lijst (zie bijlage 4) door de beoordelaars toegekend aan het event. In onderstaande grafiek is het aantal adverse events per medische gebeurtenis weergegeven.

Tabel 4. Aantal adverse events per medische gebeurtenis.

ontsteking /infectie	2
cardiogene shock	2
decompensatio cordis	1
ritmestoornis	3
anders(cardiaal)	3
multiorgaanfalen	1
fysische processen	2
overige	5

Grafiek 5. Aantal adverse events per medische gebeurtenis.



VERTROUWELIJK

Factoren die aan vermijdbare adverse events hebben bijgedragen

Er zijn verschillende factoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan van vermijdbare adverse events. Deze factoren zijn op basis van een vaste lijst (zie bijlage 5) systematisch toegekend aan het betreffende vermijdbare adverse event. De toegekende factoren zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 5. Factoren die aan de 17 gevonden adverse events hebben bijgedragen in volgorde van frequentie van voorkomen.

Verkeerde/gemiste diagnose	9
Medicamenteus (foutieve dosering, bijwerking)	7
Kennis, vaardigheden en gedragsregels(behandeling)	6
Inschatting ziekte-ernst (vervolgtraject)	5
Kennis, vaardigheden en gedragsregels (diagnostiek)	5
Verslaglegging onvoldoende	4
Protocollen, procedures, organisatie	4
Samenwerking zorgverleners	3
Medicamenteus technisch	3
Anders (behandeling)	2
Communicatie bij overdracht	2
Vervolgen van de patiënt (onzorgvuldig)	2
Vervolgen van de patiënt (ondeskundig)	1
Onjuiste indicatiestelling	1
Beschikbaar zorgniveau	1

In totaal zijn er 55 factoren vastgesteld die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de 17 aangetroffen vermijdbare adverse events. Dat is gemiddeld 3,2 factoren per advent.

4. BESPREKING

VERTROUWELIJK

Het eindresultaat van deze studie is dat van de 51 overleden patiënten, door het ziekenhuis uitgeboekt met als einddiagnose hartfalen of myocardinfarct, 11 patiënten (22%) een mogelijk of waarschijnlijk vermijdbaar adverse event hebben doorgemaakt, dat mogelijk of waarschijnlijk aan het overlijden heeft bijgedragen. Dat is twee- tot driemaal hoger dan wat er in ander onderzoek gevonden is in dezelfde patiëntencategorie. Gezien het kleine aantal patiënten is het de vraag of dit verschil op zich significant is en niet het gevolg zou kunnen zijn van het feit dat er sprake is van een zeer oude patiëntengroep (mediane leeftijd 84 jaar) met uitgebreide comorbiditeit. Er zijn echter zowel in de behandeling op zich als in communicatie en organisatie structurele elementen te identificeren die aan het overlijden hebben bijgedragen en ook aanwezig zullen zijn bij patiënten die overleden zijn zonder dat er sprake is van adverse events. Dit moge ook blijken uit het grote aantal patiënten, waar triggers gevonden zijn (76%). In ander onderzoek varieert dit tussen de 30 en 55%.

Behandeling

Bij opname wordt vaak eenzijdig gefocust op een cardiale diagnose. Vrijwel altijd ontbreekt een differentiaaldiagnose. Hierbij wordt in een niet verwaarloosbaar deel van de patiënten niet of niet volledig de algemeen aanvaarde diagnostiek gedaan om een juiste diagnose te stellen. Ook is de kwaliteit van de diagnostiek (bv. echo) niet altijd optimaal evenmin als de interpretatie ervan (echo, ECG). Tevens ontbreekt soms een gevoel van urgentie bij ernstig zieke en acute patiënten. Dit zelfde geldt in nog sterkere mate voor nevendiagnoses zoals infecties, die het hartfalen kunnen verergeren of de primaire diagnose zouden kunnen zijn. In deze gevallen worden de geijkte diagnostische procedures vaak achterwege gelaten; vaak worden bij koorts direct antibiotica gegeven zonder op de juiste wijze op zoek te gaan naar een focus. Soms blijkt niet uit de status dat er primair sprake is van een niet-cardiale diagnose (infecties: longontstekingen, buikproblemen), die bij patiënten met een slechts matige vermindering van de pompfunctie van het hart toch tot tachycardie en dyspnoe leidt. In het latere verloop wordt dan soms vast gehouden aan de oorspronkelijk gestelde cardiale diagnose en lijken overwegingen, dat er van een andere (bv. niet cardiale) diagnose sprake is, te ontbreken. Dit klemt des te meer als dan wordt geoordeeld dat er sprake is van persisterend therapieresistent hartfalen en er vervolgens snel wordt besloten dat de behandeling voor het hart faalt en er derhalve wordt geabstineerd. Ook als er wel adequaat is vastgesteld dat er van een behandelbare infectie sprake is, wordt in voorkomende gevallen de periode, die nodig is om hier volledig van te herstellen, niet in acht genomen. De extra arbeid, die het hart als gevolg van de nog niet volledig genezen infectie moet leveren, is dan niet voldoende verminderd, zodat het hartfalen persisteert. Concluderend kan worden gesteld dat in een te groot aantal gevallen, zowel het stellen van de primaire diagnose als de nevendiagnose(s), de behandeling en de follow-up in een substantieel deel van de patiënten onzorgvuldig plaats vinden.
Een ander behandelaspect dat problemen veroorzaakt is dat patiënten met respiratoire insufficiëntie soms te lang op de afdeling verblijven, waar adequate monitoring onmogelijk is. Ook worden patiënten, ternauwernood afgekoppeld van de

beademing en nog herstellend na een respiratoire insufficiëntie, soms snel van de ICU naar de afdeling ontslagen, waar adequaat longtoilet en bewaking van vitale functies niet optimaal uitvoerbaar zijn.
Voorts blijkt de diabeteszorg niet waterdicht te zijn, mede omdat de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen te kort schiet.
Uit de statussen krijgen wij de indruk dat de echo's vooral door de laboranten worden beoordeeld. Dit heeft in een aantal gevallen tot fouten geleid; goede supervisie door de cardiologen is dan ook onontbeerlijk. Mutatis mutandis geldt dit voor beoordelingen van ECG's door niet-cardiologen. In enkele gevallen zijn hierdoor levensbedreigende diagnoses gemist.

Reflectie op het eigen handelen (obducties, complicatiebesprekingen)

Het valt op dat uit de statusvoering niet blijkt dat er sprake is van veel reflectie ten aanzien van het eigen handelen. Bij slechts een enkele patiënt is de familie verzocht toestemming te geven voor een obductie. In het geval waar wel obductie werd verricht, leverde dat een vooraf niet vermoede diagnose op. Benadrukt dient te worden dat toestemming van de familie sterk afhankelijk is van de wijze waarop en de nadruk waarmee obductie wordt gevraagd. Het mogelijke leereffect van de behandelaar en de transparantie van het beleid, indien wordt beloofd dat de uitslag later met de familie zal worden besproken, dragen bij aan de bereidheid van de familie toestemming te verlenen.
Uit de statussen blijkt niet dat dringend om obductie is gevraagd in gevallen waar de exacte diagnoses onduidelijk waren. In één geval was er een mogelijk niet natuurlijk overlijden en zou er een gerechtelijke lijkschouwing worden gedaan, die echter om onduidelijke redenen niet is doorgegaan.
Een ander element dat tot reflectie op het eigen functioneren - en daardoor tot kwaliteitsverbetering – kan leiden, bestaat uit een structurele plenaire complicatiebespreking (specialisten, eventuele assistenten en andere medewerkers binnen de cardiologie). Deze bespreking bestond niet in de periode die door Medirede is onderzocht. Wij hebben uit de beantwoording van onze vragen begrepen dat deze nu wel gehouden wordt.

Communicatie

De statusvoering is soms cryptisch. Het is niet altijd duidelijk wie hoofdbehandelaar is, precieze overwegingen en beschrijving van ondernomen acties zijn vaak lacunair of niet aanwezig. Voorschriften voor het verstrekken van bijvoorbeeld opiaten ontbreken soms of zijn onvolledig.
Een aanzienlijk deel van de brieven wordt een half jaar of nog langer na het overlijden geschreven. Juist deze brieven zouden binnen enkele dagen na het overlijden bij de huisarts moeten zijn, deels puur om terug te koppelen over ook door de huisarts ondernomen acties, deels om hem in staat te stellen vragen van de familie te beantwoorden.

Gang van zaken rond het levenseinde

VERTROUWELIJK

Het is opvallend dat al heel snel aan de familie wordt aangegeven dat er geen herstel mogelijk is, terwijl wij daar in de status niet altijd een onderbouwing van kunnen vinden.
In een aantal gevallen is die inschatting voorbarig of ten onrechte. Als gevolg van deze inschatting wordt al heel snel een "DNR"(do not resuscitate) beleid afgesproken.
Als uit latere diagnostiek blijkt dat er niet van (ernstig) hartfalen sprake is, wordt in een aantal gevallen het DNR beleid niet ongedaan gemaakt. Dit leidt er vervolgens toe dat deze patiënten niet volledig worden behandeld en dus overlijden.
Op basis van de inschatting dat er geen herstel mogelijk is, worden ook besluiten genomen over de medicatie met opiaten.
Bij meer dan 20 van de 51 overledenen is er sprake van het aansluiten van de "morfinepomp", waarna een groot deel van deze patiënten als gevolg van snel opklimmende doseringen binnen één of twee dagen overlijdt. Wij hebben niet in al deze gevallen – zie eerder gemaakte opmerkingen - in de status overtuigend concreet bewijs gevonden dat er werkelijk van een hopeloze situatie sprake was. Ook de overwegingen om deze medicatie toe te dienen zijn slechts in een enkel geval in de status terug te vinden.
In vrijwel al deze gevallen is van euthanasie geen sprake, er ontbreekt immers het verzoek van de patiënt. Ook bij een "vervangend" verzoek door de familie is er geen sprake van euthanasie, het verzoek van de patiënt zelf is essentieel. Als de patiënt overlijdt (mede) ten gevolge van snel opklimmende doses morfine, dient zich de indringende vraag aan hoe dit handelen moet worden gekwalificeerd.
In de gevallen waar de snel opklimmende en hoge doseringen morfine werden gegeven, is er slechts in één geval sprake van het verzoek van patiënte om euthanasie te ondergaan.
In enkele andere gevallen hebben patiënten wel aangegeven het leven niet meer leefbaar te vinden, maar is er geen sprake van een verzoek tot levensbeëindiging. Door hen is niet gevraagd om euthanasie en door de behandelaars is ook geen actie ondernomen om dit bespreekbaar te maken en er vervolgens dan lege artis uitvoering aan te geven. In een aantal gevallen was zelfs de mening van de patiënt in het geheel onbekend.
Het snel opvoeren van de morfinedosering is een actie, die het overlijden bespoedigt of induceert. Het vereiste overleg hierover heeft niet dan wel onvoldoende plaats gevonden of is inadequaat in de status vastgelegd. Diverse malen is niet het juiste medicamenteuze beleid gevoerd. Morfine is immers geen goed sedativum en kan aanleiding geven tot hallucinatoire verwardheid en onrust (delier). Zo kan lijden aan het lijden worden toegevoegd. Morfine is wel geschikt om de dyspnoe (leidend tot een ademdepressie) en de pijn te stillen. Hier is in een aantal gevallen geen sprake van.
Palliatieve sedatie maakt in principe gebruik van sedatie om klachten en ongemak minder bewust te beleven in de terminale fase. Hierbij worden zodanige (lage) doseringen gebruikt dat het beoogde effect wordt bereikt. Refractaire klachten, zoals pijn en dyspnoe, kunnen met morfine worden behandeld in (doorgaans betrekkelijk lage) doseringen, nodig om het beoogde effect te bereiken. Als het gewenste effect is bereikt, wordt de dosis niet opgehoogd.
Palliatieve sedatie is dus niet bedoeld om het overlijden te induceren, maar wel om eventuele klachten te verlichten in de terminale fase. De mogelijkheid bestaat dan natuurlijk wel dat zelfs bij lage doseringen morfine hypoxie wordt veroorzaakt door

VERTROUWELIJK

de vermindering van de dyspnoe met als gevolg mogelijke bespoediging van het overlijden.
Al in een vroeg stadium van het onderzoek is er melding gedaan van bovengenoemde door ons geconstateerde problematiek. Wij hebben begrepen uit de beantwoording van een aantal brieven dat er inmiddels in het ziekenhuis een protocol is geïntroduceerd voor palliatieve sedatie.
In de status hebben wij op één plaats teruggevonden dat een geconsulteerde specialist (internist) adviseerde niet tot "actieve" euthanasie over te gaan daar dit als heel bewerkelijk werd beschouwd, maar een andere techniek toe te passen. De misverstanden lijken zich dus niet tot de cardiologen te beperken. In een antwoord op onze vragen wordt één maal aangegeven dat euthanasie veel voorbereiding op de afdelingen vereist, suggererend dat dat een bezwaar is (en daarom niet uitgevoerd!?).

Conclusie

Geconcludeerd moet worden dat bij een aanmerkelijk aantal patiënten uit de door ons onderzochte populatie (51 patiënten) zowel voor, tijdens als na behandeling niet volgens de regelen der kunst is gehandeld.
In een dergelijke groep bevinden zich altijd patiënten zonder kans op herstel. Wellicht zijn deze patiënten eerder maximaal behandeld en behoeven dan dus niet meer alle mogelijke diagnostiek en behandeling te ondergaan. Dit soort patiënten moeten dus ook deel uitgemaakt hebben van de door ons onderzochte groep.
Een op schrift gestelde zorgvuldige verantwoording en overwegingen om een afhoudend beleid te voeren zijn wij in de dossiers echter weinig tegen gekomen en zo er iets over wordt gezegd, is dit in cryptische bewoordingen. Bij deze patiënten hebben wij wel adverse events vastgesteld, maar geoordeeld dat deze niet bijgedragen hebben aan het overlijden.
Bij de groep, die echter nog wel uitzicht had op verbetering, is als gevolg van tekortkomingen in de behandeling een te groot aantal mogelijk vermijdbare adverse events opgetreden, die bij meer dan 20% van de totale onderzochte populatie aan het overlijden hebben bijgedragen. Het is zeer waarschijnlijk dat, mocht wel lege artis behandeld zijn, het aantal overledenen minder zou zijn geweest. Een exact getal is hiervoor niet met zekerheid aan te geven.
Er is weinig reflectie op het eigen functioneren getuige de afwezigheid van complicatiebesprekingen en het geringe aantal obducties in geval van onduidelijkheid over de primaire aandoening en de doodsoorzaak.
De communicatie laat te wensen over getuige de matige decursus waarin overwegingen, diagnoses en behandelaspecten vaak lacunair of niet worden teruggevonden. Tevens is er een zeer matige verslaglegging naar de huisartsen en specialisten.
De prognosestelling is onzorgvuldig. Te snel wordt vaak op ondeugdelijke gronden gesteld dat herstel onmogelijk is, waarna in een substantieel deel van de door ons onderzochte patiënten wordt besloten medicatie toe te dienen, waardoor de facto actief het overlijden wordt bespoedigd. De indringende vraag dient zich aan welke juridische kwalificatie hieraan moet worden gegeven.

5. AANBEVELINGEN

VERTROUWELIJK

1. Verbetering medische zorg.

Uit onze vaststellingen blijkt dat de medische zorg aan het bed voor verbetering vatbaar is. Het betreft het gewetensvol en lege artis (volgens bestaande richtlijnen) verrichten van diagnostiek, behandeling en follow-up van de patiënt. Dit betreft niet uitsluitend de cardiovasculaire zorg maar ook de zorg die dient te worden geleverd als er (mogelijk) sprake is van comorbiditeit. Het ontwikkelen van een meer holistische benadering, waarbij de mogelijkheid kan worden overwogen dat er van niet-cardiovasculaire aandoeningen sprake is die het ziektebeeld (mede) bepalen, verdient een hoge prioriteit.
Enig inzicht in mogelijk bestaande comorbiditeit of een niet-cardiale primaire aandoening dient aanwezig te zijn, zodat men zelf op tijd en volgens de regelen der kunst diagnostiek kan verrichten en behandelen, of het juiste consulterende specialisme te hulp kan roepen.

2. Verbetering van de diagnostiek.

Er dient op te worden toegezien dat de ten dienste staande diagnostische middelen up to date zijn en het gebruik en de beoordeling ervan adequaat. Vanwege de geconstateerde niet correcte beoordelingen van ECG's, gedaan door de afdeling Interne Geneeskunde, bevelen wij aan dat deze alle worden beoordeeld door cardiologen. Medewerkers (waaronder assistenten en laboranten), die in het kader van de wet BIG diagnostiek of andere medische handelingen(zoals echo's) verrichten, dienen zorgvuldig te worden begeleid.
Voorts wordt aanbevolen kennis te nemen van ziekenhuisbrede protocols zoals het protocol Palliatieve Sedatie, het protocol Valincidenten en het protocol Decubitus-behandeling en deze protocols te implementeren op de afdelingen en zonodig elders in het ziekenhuis.

3. Verbetering van de communicatie.

Om de eerdere aanbevelingen te effectueren wordt aanbevolen de communicatie om wille van continuïteit en consistente behandeling te verbeteren. Uit het onderzoek blijkt dat er onvoldoende verslaglegging is in de decursus. Het is noodzakelijk dat alle belangrijke beleidsbeslissingen en beslissingen over ingrijpende medicatiewijzigingen op adequate wijze worden verantwoord in de decursus met vermelding van de specialist die deze beslissingen heeft genomen of geaccordeerd. In het kader van de communicatie is het noodzakelijk ontslagbrieven binnen vier weken te sturen naar huisartsen en relevante andere specialisten. Brieven over overleden patiënten dienen binnen enkele dagen te worden verstuurd en de huisarts dient telefonisch zo spoedig mogelijk op de hoogte te worden gesteld na het overlijden. Deze collega-artsen zijn gebaat bij de bevindingen en het gevoerde en te voeren beleid en dienen vragen van de familie te kunnen beantwoorden. De cardioloog is echter zelf ook gebaat bij het maken van een ontslagbrief, waarin de zorg tijdens de opname wordt samengevat maar ook kritisch wordt beoordeeld.

VERTROUWELIJK

Door Medirede is geen on-site visit gebracht, waardoor informatie over andere vormen van communicatie (ochtendrapport, middag rapport, visite lopen, stafvergaderingen, multidisciplinaire overlegsituaties, ziekenhuiscommissies etc.) ontbreekt. Uit het statusonderzoek is wel de indruk ontstaan dat de overdracht van patiënten verbetering behoeft.

4. Maatregelen om de reflectie te verhogen.

Er is reeds gewag gemaakt van de nuttige reflecterende rol die het maken van een goede ontslagbrief kan spelen. Andere aanbevelingen zijn dat een complicatieregistratie plaats vindt van elke ontslagen of overleden patiënt. Deze complicaties dienen vervolgens te worden gebundeld en elke maand overzichtelijk gepresenteerd in een complicatiebespreking, waar betrokkenen (specialisten, assistenten, eventueel verpleegkundigen, kwaliteitsmanager) bij aanwezig zijn. De ernstigste complicaties dienen in detail te worden besproken. Op deze wijze kunnen ook structurele complicaties worden geïdentificeerd, waarna, eventueel na verder onderzoek, adequate maatregelen kunnen worden genomen. Voorbeelden zijn bloedingen bij antistolling, infecties, overlijden op de afdeling na ontslag vanaf de ICU etc. Tenslotte wordt ten sterkste aanbevolen met meer nadruk de familie of/en partner om toestemming voor obductie te vragen in gevallen waar in het geheel niet duidelijk is wat de primaire diagnose en wat de doodsoorzaak is. Tezamen maken de hier genoemde elementen het mogelijk te reflecteren over de gevoerde behandeling en daardoor continu het eigen functioneren bij te stellen, te verbeteren cq. te voorkomen dat er geleidelijke verslechtering optreedt in de kwaliteit van zorg.

5. Uitvoering van de aanbevelingen en begeleiding

Visitatie en begeleiding.

Ervaring leert dat een rapport met deze inhoud een schokeffect teweeg brengt. Ook de terugkoppeling naar de behandelaars met vragen, die beantwoord moeten worden heeft een belangrijk groter effect dan wanneer uitspraken worden gedaan zonder de behandelaar in de gelegenheid te stellen zijn/haar visie te geven.
Toch is het de ervaring dat de gevolgde procedure en het voorliggende rapport slechts kortdurend effect sorteren als er geen follow-up traject volgt. Reeds is vermeld dat het hier om een dossieronderzoek gaat zonder dat ter plaatse onderzoek is gedaan, gesproken is met de maatschap, aanpalende specialisten, verpleegkundige hoofden, managers, Raad van Bestuur etc.
Het op het statusonderzoek gefundeerde oordeel in dit rapport kent daarom de beperking dat, hoewel de feiten harder zijn dan in alle andere onderzoek waarin niet wordt teruggekoppeld, de dynamiek die ten grondslag ligt aan de zorg, indien deze matig tot slecht is, niet goed in beeld is te brengen.
Wij bevelen daarom aan op korte termijn een kwaliteitsvisitatie plaats te doen vinden. Daardoor zal het mogelijk zijn een vollediger beeld te verkrijgen over de oorzaken van de hiervoor aangegeven kwaliteitstekorten en er gefundeerde verbeteracties voor aan te geven. Het lijkt raadzaam de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie hierover te raadplegen. Zij heeft hiervoor een visitatiecommissie die dit kan doen. Mede afhankelijk van de aanvullende zo verkregen informatie kan vervolgens een begeleidingstraject plaats vinden om de beleidsvoering in al zijn

aspecten te verbeteren. Een dergelijk traject dient minstens een half tot een heel jaar te duren, waarna wij aanbevelen na nog eens een jaar een hernieuwde kwaliteitsvisitatie te doen plaats vinden.

Breder onderzoek in het ziekenhuis.

De resultaten uit dit onderzoek hebben in hoofdzaak betrekking op cardiologische problematiek. In een aantal gevallen waren ook andere specialismen betrokken. Het vermoeden is daardoor ontstaan dat de geschetste problematiek niet is beperkt tot de cardiologie. Dossieronderzoek bij patiënten, die vanaf 2010 zijn overleden op andere afdelingen, kan tot meer en dieper inzicht leiden en verbeterpunten opleveren. Indien bij het onderzoek meerdere specialismen zijn betrokken, ontstaat een breder fundament, waarop het ziekenhuis verdere kwaliteitsverbetering kan bouwen.

Bijlage 1

VERTROUWELIJK

Directie Medirede:

- Drs. W. van Dijk, arts
  Wim van Dijk was inspecteur voor de gezondheidszorg en directeur patiëntenzorg van het academisch ziekenhuis Maastricht. Hij is thans coördinator van de Commissie Onderzoek Overleden Patiënten van het azM en medeoprichter van de organisatie Medirede.

- Mr. drs. mr. ir. C.J.M.M. Geurts, arts
  Cor Geurts is naast sociaal geneeskundige ook jurist, scheikundig ingenieur en fiscalist. Hij is medeoprichter van de organisatie Medirede.

Medisch onderzoekers:

- Prof. dr. F.W.H.M. Bär, em. hoogleraar cardiologie
  Frits Bär was hoogleraar invasieve cardiologie in het academisch ziekenhuis Maastricht. Hij is thans met emeritaat.

- Dr. C. De Zwaan, cardioloog n.p.
  Chris de Zwaan was t/m 2011 cardioloog in het academisch ziekenhuis Maastricht en is lid van de Commissie Onderzoek Overleden Patiënten van het azM, die onderzoek doet naar vermijdbare medische schade.

- Prof. dr. P.B. Soeters, em. hoogleraar chirurgie
  Peter Soeters is emeritus hoogleraar heelkunde in het academisch ziekenhuis Maastricht. Thans is hij ondermeer lid en medeoprichter van de Commissie Onderzoek Overleden Patiënten van het azM.

Verpleegkundig onderzoekers:

- Mevr. S. M. Kesra, verpleegkundige
  Sandra Kesra is beheerder kwaliteitsdocumenten en ambtelijk secretaris van de necrologiecommissie in het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem. Zij nam als onderzoekster deel aan het landelijk dossieronderzoek NIVEL/EMGO.

- Mevr. I.M. Bonte, verpleegkundige
  Ingrid Bonte is IC-verpleegkundige in het Rijnstate ziekenhuis en lid van de klachtencommissie. Zij nam als onderzoekster deel aan het landelijk dossieronderzoek "Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen".

- Mevr. I.C. Evers-Meijers, verpleegkundige
  Inge Evers is SEH-verpleegkundige in het Rijnstate ziekenhuis en medewerker van de necrologiecommissie. Tevens is zij dossieronderzoekster EMGO/VUMC patiëntveiligheid.

Bijlage 2

VERTROUWELIJK

Definities

Definities zijn vastgesteld in een consensusprocedure met relevante partijen en sluiten goed aan bij eerder uitgevoerde buitenlandse studies om vergelijking van resultaten mogelijk te maken (Wagner & van der Wal, 2005).

Patiëntveiligheid = patiënt safety
Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

Zorggerelateerde schade = Adverse event
Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Schade = injury
Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden.

Potentieel vermijdbare schade = preventable adverse event
Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Professionele standaard
De beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgenoot in gelijke omstandigheden mag worden verwacht.

Vermijdbaar = preventable
Een incident is in retrospect vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat bepaalde maatregelen een incident hadden kunnen voorkomen.

Bijlage 3

VERTROUWELIJK

Lijst van triggers

1. Patiënt was reeds eerder (<12 maanden) opgenomen om (een) reden(en) gerelateerd aan de Index opname.
2. Blijvende of tijdelijke schade opgelopen tijdens index ziekenhuisverblijf.
3. Een schadelijke en onbedoelde reactie op een geneesmiddel.
4. (Aanvankelijk) onbedoelde overplaatsing van algemene afdeling naar de intensive care (incl. hartbewaking).
5. (Aanvankelijk) onbedoelde (her-)operatie.
6. (Aanvankelijk) onbedoelde verwijdering, beschadiging of herstel van een orgaan of weefsel tijdens een operatie, invasieve handeling of vaginale bevalling.
7. Infectie/sepsis tijdens het index ziekenhuisverblijf (excl. infecties/sepsis opgetreden binnen 72 uur na opname).
8. (Andere) complicaties, bijvoorbeeld acuut hartinfarct, TIA, CVA, longembolie enz. (behelst elke onverwachte complicatie die een niet natuurlijk gevolg is van de ziekte van de patiënt of een verwachte uitkomst van de behandeling).
9. Neurologische afwijking ontstaan tijdens index opname (behelst neurologische afwijkingen gerelateerd aan ingrepen, behandelingen of onderzoeken).
10. (Aanvankelijk) onverwacht overlijden (geen sprake van opname palliatieve zorg).
11. Hart-/ademstilstand (en reanimatie succesvol).
12. Schade gerelateerd aan abortus, natuurlijke bevalling of kunstverlossing (schade betreft de vrouw en het kind).
13. Ontevredenheid over de zorg gedocumenteerd in de dossiers en/of aanwijzingen voor ingediende klachten (incl. gedocum. klacht, conflicten tussen patiënt/familie en staf).
14. Documentatie of correspondentie duidend op een juridische claim, klachtprocedure of MIP-melding, hetzij overwogen hetzij feitelijk.
15. Alle andere ongewenste uitkomsten die hierboven niet worden genoemd.

Bijlage 4.

VERTROUWELIJK

Indeling gebeurtenissen onbedoelde schade

1 Ontsteking/ infectie
  - a Ter plaatse interventiegebied primaire behandeling (abces, empyeem, wondinfectie)
  - b Sepsis t.g.v. infectie primaire behandeling
  - c Elders (VAP, UWI, lijn etc.)
  - d Sepsis t.g.v. infectie elders

2 Vochtophoping
  - a Bloeding
  - b Seroom, lymfelek
  - c Anders..

3 Cardiovasculaire processen
  - a Cardiogene shock
  - b Decompensatio cordis
  - c Hypovolemische shock
  - d Ritmestoornissen
  - e Anders ....

4 Thromboembolische processen
  - a Diepe vene trombose
  - b Longembolie
  - c Locale Thrombo-embolische accidenten (cerebraal, darm, extremiteiten, hart etc.)

5 Orgaanfalen
  - a Multiorgaanfalen/SIRS
  - b Mono-orgaanfalen Respiratoir/Ventilatoir
  - c Mono-orgaanfalen Lever
  - d Mono-orgaanfalen Nier
  - e Mono-orgaanfalen Anders ...

6 Immunologische processen en bijwerkingen
  - a Allergische reacties
  - b Transfusie reacties
  - c Geneesmiddelenreactie
  - d Bijwerkingen van diagnostiek, behandeling, preventie (antistolling)
  - e Anders ....

7 Fysische processen
  - a Perforaties bij diagnostiek of behandeling
  - b Accidentele doorsnijdingen of kneuzingen (zenuwletsels, decubitus)
  - c Fracturen opgelopen tijdens opname (niet gerelateerd aan primaire behandeling)
  - d Luxaties opgelopen tijdens opname (niet gerelateerd aan primaire behandeling)
  - e Brandwonden opgelopen tijdens opname
  - f Luxatie, lekkage, breuk van implantaten, inwendige prothesen, drains etc.
  - g Anders...

8 Wondgenezingsstoornissen
  - a Wonddehiscentie
  - b Naaddehiscentie
  - c Slechte fractuurgenezing/standafwijkingen
  - d Stenoses
  - e Anders

9 Psychische stoornissen

10 Ondervoeding

11 Anders (waaronder acuut onbegrepen overlijden)

Bijlage 5

VERTROUWELIJK

Indeling van potentiële factoren bijdragend aan het ontstaan van adverse events
(er kan meer dan één factor per patiënt worden benoemd)

1. Diagnostiek en voorafgaand aan behandeling
    a. Kennis, vaardigheden en gedragsregels
    b. Verkeerde/gemiste diagnose, onder- en overdiagnostiek en evaluatie
    c. Onjuiste indicatiestelling (gunstig effect van behandeling weegt niet op tegen de omvang van de behandeling; geen gunstig effect van behandeling te verwachten; minder invasieve/ingrijpende behandeling oogst minstens evenveel effect)
    d. Draaglast-draagkracht inschatting onjuist
    e. Anders..........
2. Behandeling
    a. Kennis, vaardigheden en gedragsregels
    b. Chirurgisch technisch (operaties, instrumentele interventie)
    c. Medicamenteus technisch
    d. Medicamenteus (foutieve dosering, bijwerking enz.)
    e. Verpleegkundig
    f. Anders..............
3. Vervolgtraject
    a. Inschatting ziekte-ernst/symptomen, complicaties (ontbrekend "niet-pluis" gevoel en als gevolg geen of te late actie/onvoldoende diagnostiek)
    b. Vervolgen van de patiënt (onzorgvuldig)
    c. Vervolgen van de patiënt (ondeskundig)
    d. Anders.................
4. Communicatie, samenwerking en verslaglegging
    a. Communicatie bij transfer van de ene naar de andere locatie
    b. Communicatie bij overdracht tussen artsen/verpleging/paramedici
    c. Samenwerking zorgverleners
    d. Verslaglegging onvoldoende
    e. Anders.............
5. Organisatorische/ technische gebreken
    a. Protocollen/procedures/organisatie
    b. Beschikbaar zorgniveau/Apparatuur/materialen
    c. Geen Medium Care/ verkeerdebed problematiek
    d. Anders...............
6. Ziekte gerelateerde factoren
    a. Compliantie patiënt
    b. Ziekte-ernst patiënt
    c. Comorbiditeit
    d. Anders...........
7. Anders....

Bijlage 6

VERTROUWELIJK

Voorbeeld brief aan behandelaar(s)

Geachte ....,

Zoals u bekend is wordt er op verzoek van de medische staf en het bestuur van ons ziekenhuis dossieronderzoek gedaan naar onbedoelde schade en de eventuele vermijdbaarheid daarvan.

De medisch specialisten die met dit onderzoek zijn belast zijn hebben bij de bestudering van het dossier van een van de patiënten waarvan u (mede)behandelaar bent geweest zorggerelateerde schade (adverse event) aangetroffen die achteraf gezien mogelijk vermijdbaar kan zijn geweest.

Alvorens zij daarover een definitieve mening kunnen vormen verzoek ik u enkele vragen te willen beantwoorden.

In bijgaand overzicht vindt u de gegevens van de patiënt, de voorlopige bevindingen en de vragen.

Gaarne ontvang ik de antwoorden op deze vragen van u retour voor ....
Ik zal deze vervolgens doorzenden naar de onderzoekers.

De uiteindelijke mening van de onderzoekers over deze specifieke casus zal na afronding van het onderzoek via ondergetekende vertrouwelijk aan u worden toegezonden.

Een totaal rapportage over alle onderzochte dossiers zal in geaggregeerde en geanonimiseerde vorm, afhankelijk van de daarover gemaakte afspraken, ter beschikking worden gesteld aan medische staf en bestuur.
Het is dus geenszins de bedoeling om te wijzen naar personen, maar om op het spoor te komen van mogelijkheden voor kwaliteitsverbeteringen in de zorg.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Met vriendelijke groet,

....

Contactpersoon dossieronderzoek.

Bijlage:
1. overzicht met vragen
2. definities dossieronderzoek.